介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		２５４２５０	
		被保険者番号			
生年月日	明・大・昭　年　月　日生	性別	男・女		
住所	〒 電話番号　（　）				

福祉用具名（種目名及び商品名）	製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入日
			円	平成　年　月　日
			円	平成　年　月　日
			円	平成　年　月　日

※ 福祉用具が 必要な理由		合計 （　円） 販売事業所番号

愛荘町長　様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

平成　年　月　日

住　所　愛知郡愛荘町

申請者　　電話番号　（　）

（被保険者）氏　名　　㊞

上記居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領を次の者に委任します。

平成　年　月　日　受任者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

注意・この申請時に、領収証（原本）及び福祉用具のパンフレット・取扱説明書等を添付して下さい。
・※「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。
・欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	１普通預金 ２当座預金 ３その他	
	フリガナ 口座名義人			

注意・口座振込は、原則として被保険者の口座をご記入ください。やむをえない場合のみ、ご家族に受領の委任をしたうえで、その方の口座をご記入ください。